Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VIII. Wrzesień 1936 Nr. 9

Pielęgniarka Polska Nr. 9

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 9

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

przy opłacie zgóry za cały rok —

25% rabatu — 6 zł.

Rocznie 8 zł. Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VIII | Wrzesień 1936 | Nr 9

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

XI Walny Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w Warszawie

Walne Zjazdy PSPZ są dla każdej pielęgniarki dyplomowanej, interesującej się całokształtem ruchu pielęgniarskiego w Polsce, corocznym ważnym wydarzeniem. Program tegorocznego Zjazdu kładzie specjalny nacisk na problematy wiejskie. Nic dziwnego: przecież dzięki inicjatywie zarówno władz centralnych jak samorządowych oraz instytucji społecznych powstaje coraz to więcej placówek leczniczo zapobiegawczych na prowincji, nie tylko w miasteczkach, ale przede wszystkim po głuchych, zapadłych wsiach. Usłyszymy relacje z pracy pielęgniarek, tak różnej od pracy po miastach, dowiemy się o jej rezultatach, trudnościach i bolączkach. A na posiedzeniach członkowskich posuniemy naprzód zmiany statutu PSPZ, nad którymi poszczególne związki pracowały cały rok od ostatniego Zjazdu.

PROGRAM ZJAZDU

Sobota, dnia 10 października 1936

godz. 8.30: Msza św. w kościele PP. Wizytek, odprawiona przez Ks. Prałata Tadeusza Jachimowskiego.

godz. 10: Walne zebranie PSPZ (wstęp tylko dla członków) *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.*

godz. 16: Otwarcie Zjazdu *w sali Polskiego Towarzystwa Higjenicznego, Karowa 31*, przez prezeskę PSPZ p. Wandę Lankajtes. Posiedzenie prowadzi dr. Jan Adamski, Dyrektor Dep. Sł. Zdrowia Min. Op. Społ.

Referat: P. Anna Sawczyńska: Pionierska praca pielęgniarek na prowincji.

Demonstracje odwiedzin pielęgniarek w chacie wiejskiej.

Niedziela, dnia 11 października 1936

godz. 9.45: Posiedzenie dyskusyjne *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.*

Temat: Praca pielęgniarek na terenie wiejskim.

Przewodnicząca: p. Jadwiga Suffczyńska. Referent główny: dr. Marcin Kacprzak.

godz. 16: Zamknięcie Zjazdu (wstęp dla członków PSPZ) *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.*

godz. 19: Herbatka koleżeńska *w Warsz. Szkole Pielęgniarstwa.*

Poniedziałek, dnia 12 października 1936

Zwiedzanie szpitali, instytucyj społecznych i t. d.*)

50% zniżki kolejowe w drodze powrotnej — zapewnione.

Należy wziąć ze sobą dowód osobisty lub tp., oraz zaświadczenie od pracodawcy o wyjeździe, celem wzięcia udziału w Walnym Zjeździe PSPZ w Warszawie.

Kurs Dokształcający PSPZ

odbędzie się w Warszawie *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.* Będzie miał na celu danie wytycznych przy urządzaniu kursów dla pielęgniarek niedyplomowanych w myśl ustawy o pielęgniarstwie.

PROGRAM

Środa, dnia 7 października 1936

godz. 9—10 P. Maria Babicka-Zachertowa: Kursy przygotowawcze do egzaminów państwowych

godz. 11—13 Zwiedzanie Pracowni Biologicznej przy Szpitalu P. C. K., Smolna 6

godz. 16—18 Absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa i Szkoły Pielęgn. P. C. K. w Warszawie: Pielęgniarstwo ogólne

godz. 18—20 Prof. Czesław Babicki: Zasady organizacji kursów przeszkalających

*) Instytucje są wyszczególnione na okładce niniejszego numeru.

Czwartek, dnia 8 października 1936

godz. 8 — 10 P. Teresa Kulczyńska: A s e p t y k a w z a b i e g a c h p i e l ę g n i a r s k i c h

godz. 10.30 — 13 Zwiedzanie Instytutu Higjeny Psychicznej, Puławska 91, oraz Instytutu Chirurgii Urazowej w I Szpitalu Okręg. im. Marsz. Piłsudskiego (Grupa I)

godz. 17 — 18 P. Zofia Łącka: P r o w a d z e n i e k u r s ó w P o g o t o w i a S a n i t a r n e g o

godz. 18 — 19 P. Jadwiga Szmakfefer: P i e l ę g n i a r s t w o d z i e c i n n e

Piątek, dnia 9 października 1936

godz. 9 — 10 P. Teresa Kulczyńska: A s e p t y k a w z a b i e g a c h p i e l ę g n i a r s k i c h

godz. 10.30 — 13 Zwiedzanie Instytutu Higjeny Psychicznej oraz Instytutu Chirurgii Urazowej (Grupa II)

godz. 16 — 18 Absolwentki Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa i Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie: P i e l ę g n i a r s t w o o g ó l n e

godz. 18 — 19 P. Jadwiga Szmakfefer: P i e l ę g n i a r s t w o d z i e c i n n e

Wpisowe 3 zł.

Administracja „Pielęgniarki Polskiej“
będzie urzędowała
podczas Walnego Zjazdu PSPZ
w Warszawie,
w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa,
Koszykowa 78

Pomoc w nagłych wypadkach

VIII

Drążące rany klatki piersiowej

Do najcięższych uszkodzeń klatki piersiowej należą rany drążące. Przyczyną tych uszkodzeń podczas wojny jest najczęściej postrzał, w czasie pokoju — uderzenie nożem.

Rany drążące dzielą się na rany: a) p r o s t e, to jest takie, gdzie przebitą została tylko ścianka klatki piersiowej wraz z opłucną ścienną; b) g ł ę b o k i e, gdzie uszkodzone zostało, oprócz ścianki klatki piersiowej, płuco, lub inne narządy wewnętrzne; c) s k o m p l i k o w a n e, przy których oprócz narządów klatki piersiowej, uszkodzone zostały przepona i narządy brzucha.

Przyczyną p r o s t y c h r a n k l a t k i p i e r s i o w e j jest najczęściej uderzenie nożem, w wyjątkowych razach — postrzał. Teoretycznie rana prosta klatki piersiowej od postrzału może powstać tylko w tych wyjątkowych wypadkach, kiedy linia biegu kuli jest prawie styczna do powierzchni klatki piersiowej. W praktyce rany postrzałowe uważać zwykle należy za rany głębokie, lub nawet skomplikowane.

Rany proste, o ile są niewielkie, najczęściej do ciężkich nie należą. Zaraz po zranieniu, przez otwór w opłucnej ściennej powietrze dostaje się do jamy opłucnowej, powodując większą lub mniejszą odmę. Elastyczność powłok przy małych ranach zamyka prędko otwór, i połączenie ze światem zewnętrznym ustaje. Przy większych ranach i ranach ziejących powietrze przy każdym wdechu dostaje się do jamy opłucnej. Przy wydechu można zauważyć wydostawanie się powietrza na zewnątrz. W przypadkach utworzenia się na ściance klatki piersiowej rodzaju wentylu z rozerwanych mięśni, może powstać tak zwana n a r a s t a j ą c a o d m a w e n t y l o w a ś c i e n n a, specjalnie niebezpieczna, ponieważ powietrze w jamie opłucnowej zwiększa się za każdym wdechem, uciska na śródpiersie, przesuwa je w stronę zdrową wraz z sercem, powodując zaburzenia w działalności serca i drugiego płuca. Odma opłucnowa uciska płuco, wyłączając je z pracy oddychania.

Jednak nie zawsze zjawisko to występuje. Wielu ludzi, szczególnie po 30 roku życia, ma większe lub mniejsze zrosty opłucnej ściennej z opłucną płucną. Zrosty te mogą być na całej przestrzeni jamy opłucnowej, tak, że właściwie jama ta nie istnieje. W zależności od rozległości tych zrostów, odma może być albo częściowa albo może jej zupełnie nie być, pomimo istnienia rany drążącej. Przy niewielkich ranach drążących powietrze z jamy opłucnowej bardzo prędko się rozsysa.

Drugim niebezpieczeństwem przy ranach drążących może być krwotok z przeciętych tętnic międzyżebrowych, lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Krwotoki te mogą być zewnętrzne, lub też krew może być aspirowana przy wdechu do jamy opłucnowej. Krwotoki te są zawsze niebezpieczne dla życia. Krew, wylewając się do jamy opłucnowej, powoduje krwiak opłucnej, który komplikuje się zwykle zjawiskiem odmy. Krwotok do jamy opłucnej jest typowym krwotokiem wewnętrznym. Oprócz wykrwienia, krwiak jamy opłucnowej wraz z powietrzem odmy może wywoływać objawy uciskowe na narządy wewnętrzne klatki piersiowej.

Trzecim niebezpieczeństwem ran drążących klatki piersiowej jest zakażenie jamy opłucnowej z następowym powstaniem ropnego zapalenia. Infekcja może być wprowadzona już przez samo narzędzie raniące, poza tym infekcja może być aspirowana przy otwartej odmie przy każdym wdechu czy to wraz z zakażonym powietrzem, czy też z powierzchni przyrannej. Drobnoustroje, trafiając na dobre podłoże, jakim jest krwiak opłucnej, powodują prędkie jej zropienie. Niebezpieczeństwo to nie istnieje tylko w przypadkach całkowitego zarośnięcia opłucnej, to jest tam, glzie nie może powstać ani odma, ani krwiak opłucnowy. Rany takie goją się zwykle tak, jak rany powierzchowne klatki piersiowej.

Obraz kliniczny rannych z ranami prostymi drążącymi jest dość różnorodny i zależy od rozległości rany, od ilości powietrza odmy, jak również od większego lub mniejszego krwotoku. Na pierwszy plan zwykle występuje tak zwany wstrząs *(shock)*, który może doprowadzić do utraty przytomności. Zwykle przy ranach prostych trwa on krótko. Chory bywa blady, zlany zimnym, lepkim potem, kończyny ma zimne, tętno ledwo wyczuwalne. Zwykle te objawy prędko przechodzą i występują objawy rany drążącej. Chory odczuwa ostry, kłujący ból w okolicy rany, czasem zjawia się suchy kaszel i utrudnienie oddychania z powodu bólu. Miejscowo zauważyć możemy, oprócz możliwego krwawienia lub krwotoku, zjawisko wchodzenia i wychodzenia powietrza przez otwartą ranę. Czasem jedynym objawem miejscowym jest odma podskórna w obrębie rany zewnętrznej. O ile zjawisko to występuje — rozpoznanie rany drążącej jest prawie pewne. (Odma podskórna powstaje wskutek dostawania się powietrza odmy opłucnowej przy wydechu przez rozerwaną opłucną ścienną pod skórę. Charakteryzuje ją trzeszczenie podobne do trzeszczenia śniegu, przy lekkim obmacywaniu).

Zdając sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie mogą wywołać rany proste drążące, powinniśmy postępować według pewnych zasad.

Według pierwszej zasady, o ile występuje wstrząs *(shock)* i omdlenie, chory winien być ułożony w pozycji poziomej. Drugą zasadą będzie niedopuszczenie do zwiększania się odmy opłucnowej. Osiągnąć to można przez prędkie założenie szczelnego opatrunku jałowego. Krwotoki zewnętrzne da

się zmniejszyć przez silnie uciskowy opatrunek. Krwotoki te jednak zatrzymać potrafi tylko chirurg w warunkach szpitalnych. To samo tyczy się krwotoków wewnętrznych. Aby zapobiec możliwościom zakażenia jamy opłucnowej, rana winna być poddana toalecie chirurgicznej, a więc każdy chory musi być w jak najprędszym czasie dostarczony do chirurga.

Ze środków farmakologicznych najbardziej wskazane jest podanie środków narkotycznych i znoszących bolesny kaszel. Do takich należą morfina i kodeina w kroplach lub zastrzykach. Środki nasercowe, o ile nie występują objawy krwotoku wewnętrznego, są bardzo zalecane, a więc kofeina, kamfora, kardiazol, koramina, stiminol i inne.

R a n y   g ł ę b o k i e (drążące z uszkodzeniem miąższu płucnego) powstają najczęściej wskutek postrzału. Rana wejściowa zwykle odpowiada prawie swą wielkością pociskowi, który, przechodząc przez płuca, rozrywa je na pewnej przestrzeni, tworząc jakby stożek rozerwanej tkanki. Rana wyjściowa jest więc znacznie większa od wejściowej. Kula porywa na swej drodze kawałki ubrania, skóry, odłamki żeber. Rozrywając tkankę płucną, powoduje krwotoki z dużych naczyń płucnych, oraz wytwarza połączenie dużych oskrzeli z jamą opłucnową. Przy tych ranach z reguły powstają krwiaki opłucnej i odma opłucnej. Jeżeli rozerwana tkanka płucna wytwarza rodzaj wentyla na oskrzelu, może i przy tych uszkodzeniach powstać tak zwana narastająca odma wentylowa. Przy ranach uszkodzających płuco, skoro powstanie odma opłucnowa, może się zjawić w okolicy rany odma podskórna.

Stan chorego z uszkodzonym płucem jest zawsze ciężki. Około 50% wszystkich ran głębokich kończy się śmiercią, albo natychmiastową, albo w kilka dni po wypadku. Krwotoki, początkowo niewielkie, mogą przy zropieniu martwej tkanki płuc odnowić się, powodując wykrwienie. Rany, zadane nożem, powodują mniejsze uszkodzenia, jednak i one mogą być bardzo groźne w zależności od swej głębokości.

Rany głębokie uszkodzające płuca powodują często krwioplucie lub też nawet krwotok gardlany. Obraz kliniczny tych chorych jest następujący: Wstrząs jest daleko cięższy, niż przy ranach prostych, często chory jest nieprzytomny, z reguły blady, czasem występuje sinica. Tętno, nitkowate, może się nie poprawić i chory ginie od narastającego krwotoku wewnętrznego. Jeżeli jednak śmierć nie następuje, zjawiają się objawy duszności, suchego kaszlu, później chory odpluwa krwawą pienistą plwocinę. Jeżeli w ranie tkwi wypadnięta tkanka płucna, to krew, wydobywająca się z rany, również może być pienista.

Postępowanie w warunkach wypadku ogranicza się tylko do założenia jałowego opatrunku i odstawienia chorego do szpitala. Środki narkotyczne są wskazane.

R a n y s k o m p l i k o w a n e uszkodzeniem organów brzusznych powstają również najczęściej wskutek postrzału. Do objawów zranienia płuc dołączają się objawy ze strony otrzewnej. Postrzał poniżej żebra zawsze można podejrzewać o uszkodzenie przepony. Jeżeli jest otwór wyjściowy, można mniej więcej orientować się, jaki jest kanał postrzału. Że podobne przypadki są najcięższe, dowodzić nie trzeba.

Postępowanie przy wypadku jest prawie identyczne jak i przy ranach głębokich Chory winien być odstawiony do szpitala.

W chirurgii klatki piersiowej oddzielny rozdział stanowią rany serca. Tutaj chciałbym zaznaczyć, że nie wszystkie rany serca są, bezpośrednio po ich zadaniu, śmiertelne. Szczególnie rany kłute mogą być operowane i jak statystyka operacyj wykazuje, pewien procent takich chorych można uratować, o ile zniosą dobrze zabieg operacyjny.

Dr. August Jokiel.

Polskie Biuro Międzynarodowej Pomocy Emigrantom

Chcąc dać możliwie najdokładniejszy obraz pracy Polskiego Biura Międzynarodowej Pomocy Emigrantom, muszę się cofnąć nieco w przeszłość oraz zahaczyć o inne kraje.

Ruch emigracyjny w świecie rozpoczął się przed wielu laty z rozmaitych powodów. Prawdopodobnie tę wędrówkę narodów rozpoczęły energiczne, żądne przygód i zdobywcze jednostki. Potem, w wielu krajach warunki polityczne układały się niepomyślnie dla niektórych grup ludności lub w ogóle dla całych narodów i w ten sposób powstało pojęcie emigracji politycznej. W zeszłym stuleciu oraz z początkiem obecnego, do największego nasilenia doszła tak zwana emigracja zarobkowa. W poprzednim stuleciu fala emigracji z Europy wyłącznie prawie kierowała się do Ameryki Północnej Stanów Zjednoczonych i Kanady oraz do Ameryki Południowej. Obecnie nabrała większego znaczenia również i emigracja kontynentalna, szczególnie po wielkiej wojnie.

Różne kontynenty i poszczególne kraje podzieliły się poniekąd na e m i g r a c y j n e, czyli takie, które swoich obywateli wysyłały w świat oraz i m i g r a c y j n e, czyli te, które chętnie do siebie przyjmowały obcych przybyszów. Klasycznym przykładem kraju emigracyjnego jest Polska, odwrotnie zaś, najlepszym przykładem kraju imigracyjnego mogą być Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, a po wojnie i Francja.

Ruch emigracyjny przybrał w ciągu kilku ostatnich dziesiątków lat takie rozmiary, że kraje imigracyjne liczą nieraz cudzoziemców na setki tysięcy, a Ameryka — na miliony. Kraje imigracyjne zaś uważają już emigrację za bardzo ważny i nieraz decydujący czynnik gospodarczy.

Ten stan rzeczy musiał stworzyć zupełnie nowe zagadnienia we wszystkich niemal dziedzinach życia. Rozmaite fluktuacje ekonomiczne, zagadnienia socjalne zahaczały na każdym kroku o emigrację. Szczególnie ostro sprawa ta wyglądała na terenie Ameryki. Nasunęła się w pierwszym rzędzie konieczność uregulowania tego ruchu i wzięcia go pod pewną kon-

trolę. Przede wszystkim więc Stany Zjednoczone Ameryki Północnej wypracowały cały szereg ustaw, regulujących imigrację. Tam więc powstały najpierw prawa emigracyjne, do których musiały się zastosować wszystkie inne kraje. Po wojnie, kiedy już i Francja stała się terenem imigracyjnym, zawarte zostały pomiędzy Francją a innymi krajami odpowiednie układy, które miały na przyszłość regulować i kontrolować ruch ludności potrzebującej zarobku w Europie. To są zagadnienia o znaczeniu państwowym i obejmującym wiele dziedzin życia, przede wszystkim jednak — natury politycznej i gospodarczej. Dla pracowników społecznych wysuwa się na pierwszy plan zagadnienie, jak odnosi się do emigracji człowiek, rodzina, co na tem zyskuje, co traci i jak te przemiany przeżywa. Co zyskuje i co traci społeczeństwo, które emigranta na świat wydało i wychowało.

Instytucje społeczne w krajach imigracyjnych spotkały się pierwsze ze smutnymi nieraz rezultatami emigracji i pierwsze zaczęły tę sprawę badać głębiej, dociekać przyczyn niepowodzenia i opracowywać metody walki z niepowodzeniami w życiu emigranta. Rezultaty tych badań doprowadziły do najprostszych spostrzeżeń i rozważań. Wystarczyło po prostu zastanowić się na tym, co przeżywa emigrant od chwili, kiedy się na emigrację decyduje.

Dla lepszego przykładu weźmy jakąkolwiek rodzinę, emigrującą z Polski do Ameryki lub Francji. Wyobraźmy sobie zapadłą wieś, na którą prawie że nie dochodzi głos ze świata. Warunki życia bardzo ciężkie, jedyna nadzieja poprawy bytu — to wyjazd za granicę. Bardzo często wyjeżdża mężczyzna, zostawiając żonę i dzieci w domu. Wygląda to na pozór zupełnie rozsądnie — najprzód ojciec rodziny urządzi się, zainstaluje, a potem sprowadzi żonę i dzieci. Albo wyjeżdża młoda dziewczyna, marząc o tem, że zarobi dużo pieniędzy, wróci, kupi ziemię, szczęśliwie wyjdzie za mąż i cała wieś będzie jej zazdrościć. Nikt nie myśli o tym, co będzie za granicą i jak się tam życie ułoży. Wszystko wygląda radośnie i łatwo. Wszystko jest proste, droga do dobrobytu i szczęścia stoi otworem. Stąd powstaje nawet to, co się określa gorączką emigracyjną, kiedy to cała wieś niemal stara się na gwałt o wyjazd, zahypnotyzowana wizją przyszłości i nie zastanawiająca się ani chwili nad żadnym grożącym niebezpieczeństwem. Zresztą i dziwić się temu nie można. Skąd ludzie u nas wiedzą o emigracji? Dotychczas słyszeli o niej tylko od agentów towarzystw przewozowych, czyli od tych, którym zależało na zwerbowaniu jak największej liczby głów. Nikt im przecież nie mówił o życiu w innych krajach, nikt ich nie informował o prawach i obowiązkach emigrantów — cudzoziemców na obcym terenie.

Już przekroczenie granicy obcego kraju jest dla niejednego głębokim rozczarowaniem, ale cofnąć się za późno. Zaczyna się zwykłe życie emigranta. Obcy język, odmienne zwyczaje, często inna religia. Praca ciężka, cięższa niż w domu. Tęsknota za swoimi, choć nie zawsze uświadomiona, zaczyna coraz bardziej boleć. A że złych ludzi wokoło nie brakuje, więc emigrant trafia na wyzysk, albo rozmaite niepowodzenia, sprowadzone przez własną nieświadomość. Ciężką pracą duchową jest to, co nazywamy przystosowaniem się do nowych warunków życia. Jednostka silniejsza psychicznie, odporniejsza, zdolniejsza, da sobie radę, po jakimś czasie przyswoi się i nie zginie. Czy każdy emigrant jest jednak tą jednostką silną, odporną i zdolną? Niestety, nie. Przed wyjazdem bada się tylko, w najlepszym wypadku, jego stan fizyczny, ale jego psychiki nie bada nikt i nikt nie uświadamia go nawet o kraju, do którego jedzie.

Ofiary emigracji są liczne. Tu mąż, który się rozpił i upodobał inną kobietę, zapomniawszy o własnej żonie i dzieciach. Tu dziewczyna uwiedziona przez pracodawcę, albo przygodnego znajomego i porzucona z dzieckiem na pastwę losu, dobrze, jeżeli nie sprzedana do domu publicznego. Tu świeżo upieczony fermer południowo-amerykański albo kanadyjski, który, nie mając pojęcia o właściwym gospodarowaniu w odmiennych warunkach, traci wszystko to, co miał i jako ostateczny bankrut jest kandydatem do powrotu do ojczyzny na koszt publiczny. Tu umysłowo chory — rezultat zmagań się z nostalgią i samotnością. Niestety są to ludzie, którzy za późno i na własnej skórze dopiero doświadczyli czegoś, o czem musieliby być dokładnie poinformowani przed wyjazdem. Ale to już wkracza w dziedzinę polityki emigracyjnej i społecznej i nie to nas przede wszystkim interesuje.

Co robić z ofiarami emigracji, jak je ratować i jakie stosować środki i metody? To właśnie zagadnienie stanęło wobec licznych instytucji opieki społecznej za granicą. Okazało się, że najlepiej prowadzone ośrodki opieki społecznej nie mogły objąć zagadnienia z tej prostej przyczyny, że nie mogły dokładnie zbadać wypadku. Przecież miały do czynienia z cudzoziemcem, którego język, zwyczaje, religia, wychowanie były nieraz obce. Jego właściwy dom był gdzieś daleko, za oceanem, jego środowisko — nie do zbadania. Jak takiemu pomóc, jeśli się o nim wie tak niewiele?

Z tych rozważań powstała myśl utworzenia jednej wielkiej organizacji opiekuńczej, dla której granice, dzielące państwa i kontynenty nie miałyby znaczenia. Organizacji, która mogłaby się bez trudu porozumieć z każdym zakątkiem świata i która mogłaby traktować rodziny emigranta, jako całość, niezależnie od ich fizycznego rozdzielenia, która mogłaby decydować o planie pomocy dla wykolejeńca, opierając się na znajomości środowiska, z którego on pochodzi i na znajomości jego warunków materialnych i rodzinnych.

W ten sposób powstała organizacja międzynarodowa pod nazwą „*International Migration Service*“, z centralą zrazu w Londynie, a obecnie, od wielu lat, w Genewie.

Organizacja ta postarała się o to, aby, w każdym kraju emigracyjnym lub imigracyjnym istniały instytucje, pracujące w ścisłym porozumieniu, oraz według tych samych metod, jak również i władające tym samym językiem, angielskim. Taka placówka w poszczególnym kraju nie jest prawnie zależna od centrali i rozwija się zgodnie z miejscowymi warunkami i ustawami. Ścisłe porozumienie wzajemne polega wyłącznie na ujednostajnieniu metod pracy i na używaniu w korespondencji międzynarodowej wspólnego języka, tak w znaczeniu dosłownym jak i przenośnym. Stąd oczywiście powstała konieczność dobierania personelu, który by był zdolny współpracować z całym światem i, zachowując odrębności narodowe, mógł jednak rozwinąć w sobie zdolności zrozumienia i odczucia innych narodowości.

Jednym z takich biur, połączonych jednością celów i metod w wielką całość jest P o l s k i e B i u r o M i ę d z y n a r o d o w e j P o m o c y E m i g r a n t o m, które dzięki tej właśnie szerokiej sieci organizacyjnej, ma możność porozumiewania się ze wszystkimi niemal krajami i wszystkimi instytucjami społecznymi za granicą.

Polskie Biuro Międzynarodowej Pomocy Emigrantom *) jest instytucją społeczną polską, mającą statut zalegalizowany przez władze polskie zgodnie z ostatnimi ustawami o stowarzyszeniach, oraz pracującą w porozumieniu z Ministerstwem Opieki Społecznej i pod oficjalną jego kontrolą. Biuro ma na celu roztaczanie opieki nad emigrantami i reemigrantami, zwłaszcza w tych wypadkach, które wymagają współpracy i utrzymywania kontaktu z władzami i instytucjami społecznymi w krajach imigracyjnych, oraz prowadzenie badań w zakresie przyczyn i warunków emigracji, oraz jej skutków w stosunku do kraju, społeczeństwa i rodziny.

Zgodnie ze swym założeniem, Biuro utrzymuje ścisły kontakt moralny i organizacyjny z *International Migration Service*, dbając o to, aby metody pracy postawić na możliwie najwyższym poziomie. Dzięki przynależności moralnej do tej wielkiej instytucji, Biuro ma możność nawiązania kontaktu z całym niemal światem, korzystając z sieci biur w innych krajach: w Stanach Zjednoczonych, we Francji, w Niemczech, w Czechosłowacji, w Grecji, w Szwajcarji gdzie biura te są organizacjami samodzielnemi, oraz we Włoszech, na Węgrzech, w Ameryce Południowej, w Finlandii, w Norwegii, gdzie funkcjonują jako specjalnie zorganizowane placówki Czerwonego Krzyża. Poza tym we wszystkich niemal krajach pracują specjalni korespondenci. którzy pełnią te same funkcje.

Placówki, współpracujące z organizacją międzynarodową mają za zadanie nawiązania jak najszerszej współpracy z organizacjami społecznemi oraz władzami państwowymi lub samorządowymi na terenie swego kraju, ze względu na konieczność koordynacji pracy, oraz możność porozumienia się z każdym zakątkiem kraju. Biuro *International Migration Service* w Stanach Zjednoczonych nawiązało kontakt z organizacjami społecznymi w liczbie około 900, a biuro w Niemczech współpracuje również z imponującą, jak na nasze stosunki, liczbą stowarzyszeń, bo w sprawozdaniach swoich podaje cyfrę około 400 instytucyj. Dzięki temu, każde zagadnienie, każda niemal rodzina mogą być rozpatrywane i traktowane we właściwym miejscu i przez właściwe osoby, a nad całością czuwa organizacja międzynarodowa.

Istnienie Polskiego Biura Międzynarodowej Pomocy Emigrantom jest nie bez znaczenia dla naszego kraju, który liczy swoje wychodźstwo na 8 milionów, rozproszonych po całym świecie. Jest to bowiem jedyna organizacja polska, mająca na celu opiekę indywidualną nad emigrantem i jego rodziną, przy czym główny nacisk kładzie na trudności materialne i moralne, wynikające z rozdzielenia rodziny. Zdajemy sobie również sprawę z tego, że ofiarą emigracji bywa nie tylko sam emigrant, który gdzieś na obczyźnie nie zdał egzaminu ze swojej sprawności, odporności i wartości wewnętrznej, lecz i jego rodzina, pozostawiona w kraju. Będąc krajem emigracyjnym, Polska widzi wyraźniej odwrotną stronę medalu. Zdajemy sobie sprawę z tego, że rodziny emigrantów, opuszczone na czas dłuższy, lub na stałe, przestają żyć życiem normalnym i również wymagają pomocy, która nie może pominąć momentu emigracji, jako źródła nieszczęścia lub wykolejenia.

Biuro ma do czynienia z wypadkami indywidualnymi, przy czym zajmuje się sprawą tylko wtedy, gdy zachodzi konieczność nawiązania kontaktu z jakimkolwiek innym krajem. Sprawy emigrantów przychodzą do nas

*) Warszawa, Służewska 5, m. 11. (Przyp. Red.).

z trzech źródeł: 1) z instytucyj państwowych, samorządowych i społecznych w Polsce, 2) od rodzin emigrantów w Polsce, oraz 3) od instytucyj społecznych innych krajów europejskich i zamorskich, gdzie dociera nasze wychodźstwo. Mamy więc sprawy referowane nam przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Zarząd m. st. Warszawy, Syndykat Emigracyjny, oraz konsulaty. Poza tym wiele instytucyj społecznych w Warszawie i w całej Polsce zna naszą działalność i kieruje do nas sprawy rodzin emigrantów.

Polskie Biuro Międzynarodowej Pomocy Emigrantom nie udziela zasadniczo żadnej pomocy materialnej i nie prowadzi żadnych instytucyj pomocniczych, jak schroniska, zakłady, filie na prowincji lub t. p. Praca Biura w każdym poszczególnym wypadku polega niemal wyłącznie na zbadaniu możliwie najdokładniejszym sytuacji osobistej i rodzinnej według zasad systemu pomocy indywidualnej i na wypracowaniu planu pomocy czy to przez usunięcie zasadniczych przeszkód i powikłań natury formalnej lub moralnej, czy to przez poczynienie stosownych kroków na przyszłość, mających na celu np. połączenie rodziny rozdzielonej, załagodzenie konfliktów, poinformowanie o możliwościach prawnych, dostarczenie niezbędnych dokumentów i t. p. Często się zdarza, że już samo przedyskutowanie z osobą zainteresowaną jej trudności życiowych, załatwienie niektórych spraw za granicą, wyjaśnienie pewnych sytuacyj zmienia stan rzeczy zasadniczo i pozwala klientowi znaleźć wyjście z tego ślepego zaułka, do którego zabrnął, dzięki różnym nieprzewidzianym trudnościom i własnej nieświadomości.

Nie zawsze mamy możność mówić z naszymi klientami osobiście, ponieważ niewielu ich mieszka w Warszawie. Przeważnie więc prowadzimy naszą pracę za pomocą korespondencji. co zmusza nas do bardzo troskliwego studiowania sposobu pisania, zrozumiałego dla osoby niewykształconej, a jasnego i przekonywującego. Technika tej pracy ma więc swoje trudności i dostępna jest dopiero po zdobyciu pewnego doświadczenia.

Biuro zajmuje się w ciągu roku liczbą około 1.200 spraw. Są to historie rodzin, które zaplątały się w powikłania emigracyjne i nie mogą wybrnąć. Nie podobna określić szablonowo, ile pracy wymaga poszczególny wypadek. Czasem dochodzi się do pewnego zamierzonego rezultatu w ciągu kilku tygodni lub miesięcy, często zaś praca nad rodziną trwa rok i dłużej, wymagając bardzo szerokiej korespondencji, częstych wywiadów, oraz częstych interwencyj u władz krajowych i zagranicznych.

Najczęściej powtarzające się zagadnienia są następujące:

Sprawy, w których zagadnienie emigracji wysuwa się na pierwszy plan. Biuro zajmuje się tylko takimi sprawami emigracyjnymi, w których opieka i interwencja czynników urzędowych jest nie wystarczająca. Dotyczy to zwłaszcza wyjazdu za granicę kobiet i małoletnich. Często są to wypadki tak skomplikowane i wymagające tak drobiazgowych i przemyślanych starań, że bez pomocy Biura przeszkody byłyby nie do usunięcia i rodziny nie doczekałyby się upragnionego połączenia.

Inne sprawy wymagają przede wszystkim pomocy prawnej. Są to sprawy dotyczące spadków, rent, odszkodowań i t. p. Biuro korzysta z bezinteresownej pomocy prawnej dwóch adwokatów, z których jeden interesuje się specjalnie sprawami alimentarnymi w wypadkach, kiedy rodzina jest roz-

dzielona. Ten rodzaj spraw jest bardzo skomplikowany jeśli chodzi o procedurę prawną i stanowi dotychczas materiał do doświadczeń na tym polu.

Mamy sporo zgłoszeń instytucyj zagranicznych z prośbą o przeprowadzenie w Polsce wywiadu, dotyczącego emigranta z okresu, kiedy przebywał on jeszcze w Polsce. Wiadomości te są potrzebne albo lekarzom leczącym chorego, głównie w wypadkach częstych na emigracji chorób umysłowych, lub też pracownikom społecznym, którzy w ten sposób chcą lepiej zapoznać się z psychiką emigranta i jego dawniejszym trybem życia.

Ogromnie wzrosła ostatnio liczba spraw reemigrantów. W wielu wypadkach repatriacja nie dochodzi do skutku dzięki interwencji Biura, które na podstawie wywiadu i zebranych wiadomości jest w stanie wykazać, że reemigrant stałby się ciężarem społeczeństwa polskiego i że repatriacja nie polepszyłaby w żadnej mierze jego warunków życia. Wypadki te dotyczą głównie Stanów Zjednoczonych.

Wyszukanie i wysłanie za granicę potrzebnych emigrantowi dokumentów osobistych, lub sprowadzenie dokumentów z za granicy jest również jednym z działów pracy Biura. Sprawy te łączą się nieraz z dużym nakładem pracy z powodu zmian administracyjnych, niedokładnych danych, lub zniszczenia niektórych archiwów w czasie wojny.

Poza wyżej wymienionymi działami, Biuro prowadziło różne inne sprawy, jak np. sprawy bigamii, często na emigracji spotykane, sprawy rozwodowe, w których chodziło o interwencję natury społecznej, wyjaśnienie obywatelstwa dzieci i t. p.

Nie jesteśmy w stanie policzyć wywiadów, rozmów z klientami, konferencyj z władzami, lub innymi instytucjami. Możemy zliczyć tylko listy wysłane i otrzymane. Listów otrzymanych było 4175, listów wysłanych było 4343 (Rok 1935/36).

Dla dobra rodzin, nad którymi pracujemy, pożądana jest współpraca z rozmaitymi instytucjami społecznymi i charytatywnymi, które mogłyby, po zaznajomieniu się z okolicznościami, wynikłymi z emigracji — zająć się daną rodziną głębiej i dopilnować możliwego do osiągnięcia ustabilizowania tej rodziny.

Polskie Biuro Międzynarodowej Pomocy Emigrantom nie robi prawie żadnej propagandy wśród szerokiego społeczeństwa. Wynika to pomiędzy innymi i z pewnej obawy, że taka propaganda spowodowałaby zarzucenie Biura w pierwszym rzędzie takimi sprawami, które nawet nie wchodzą w zakres jego pracy, mającej dosyć ścisłe ramy. Zmusiłoby to nas do szerokiej korespondencji, wyjaśniającej raczej nasze możliwości, niż będącej wyrazem jakiejś akcji. Przy szczupłym personelu Biura byłoby to po prostu niebezpieczne, bo z konieczności odsunęłoby je od pracy nad tymi rodzinami, które zostały skierowane właściwie i dla których można wiele zrobić.

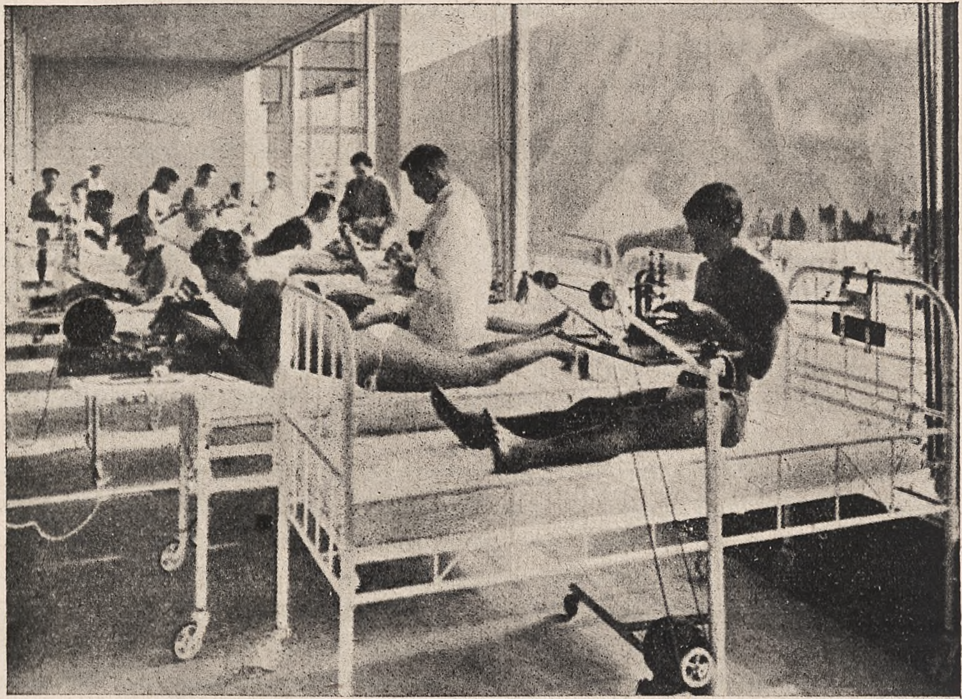
Bardzo nam jednak zależy na porozumiewaniu się z pracownikami społecznymi, na nawiązaniu kontaktu z instytucjami społecznemi i samorządowemi, ponieważ w ten sposób zająć możemy właściwe stanowisko w ogólnych ramach opieki społecznej naszego kraju i spełnić nasze zadanie, jako placówki specjalnej, poświęconej odrębnym zagadnieniom.

I. Rowińska

Varia

Sanatoryjna praca chorych na gruźlicę kostną

Z Nr. 2, 1936 „Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego" streszczamy artykuł prof. A. Rollier'a, p. t. „Międzynarodowe Sanatorium Rękodzielnicze w Leysin". Prof. Rollier jest w dziale leczenia gruźlicy kostnej światową sławą. Leysin w Szwajcarii (1250—1450 m. nad poziomem morza)



Praca chorych w Międzynarodowym Sanatorium Rękodzielniczym w Leysin

jest najsłynniejszą w Europie miejscowością leczniczą w przypadkach gruźlicy kostnej.

Doświadczenie w leczeniu gruźlicy t. zw. chirurgicznej (kości, stawów, gruczołów, otrzewnej, narządów płciowych i t. d.) wskazuje na konieczność zaradzenia długiej bezczynności chorych i jej skutkom: upadkowi sił moralnych i fizycznych oraz trosce materialnej. Dla zaradzenia złemu, już od lat przeszło dwudziestu większość sanatoriów w Leysin połączyła kurację słoneczną z kuracją pracy. Dopiero to połączenie pozwala wyzdrowieć organizmowi, zachwianemu zarówno w równowadze fizycznej, jak i psychicznej.

Pierwsze próby rozpoczęto już w 1909 roku, zajmując rekonwalescentów koszykarstwem, stolarką i t. d. Próby te powiodły się tak dalece, że posta-

nowiono rozciągnąć zajęcia poza rekonwalescentów, na chorych chirurgicznych. Dokonano tego w r. 1915 w sanatorium wojskowym w Leysin, gdzie około stu chorych zaczęło wyrabiać przedmioty, łatwe do wykonania, jak siatki, hamaki, dywaniki, sandały i t. d. Zarobek pacjenta stanowiła różnica między ceną sprzedaży, a ceną materiału z ujęciem 10% na utrzymanie narzędzi i na składki miesięczne dla chorych, nie mogących pracować. Świetne rezultaty finansowe pozwoliły na rozszerzenie tej akcji na wszystkie sanatoria popularne w Leysin. Jednak z czasem liczba wyrabianych przedmiotów tak wzrosła, że zaczęło brakować na nie zbytu. Przestały wystarczać coroczne sprzedaże, przynoszące zresztą znaczne sumy (10.000 fr. w r. 1926, 12.000 w r. 1927, 13.000 w r. 1928, 15.300 w r. 1929). Wówczas postanowiono oprzeć przedsięwzięcie na stalszych podstawach: fabryki szwajcarskie zamawiałyby pewną liczbę przedmiotów, wykonywanych w sanatoriach; w ten sposób zbyt byłby całkowicie zapewniony.

Projekt ten zrealizowano w Międzynarodowym Sanatorium Rękodzielniczym w Leysin. Budowa jego, rozpoczęta przed wojną, została zakończona z początkiem roku 1930. Sanatorium przeznaczone jest dla niezamożnych chorych na gruźlicę chirurgiczną w stadium jej rozwoju, bynajmniej nie tylko rekonwalescencji. Obejmuje 120 łóżek; przyjmuje pacjentów obu płci i wszelkich narodowości. Urządzenie jego jest pod każdym względem modelowe.

Przestrzenne solarium (1.042 m.^{2} powierzchni) i wielkie balkony, przylegające do sypialni służą zarówno kuracji słonecznej, jak i pracy. Na parterze umieszczone są warsztaty pracy dla rekonwalescentów. Wszystkie sypialnie, balkony oraz solarium zaopatrzone są w przewody, pozwalające choremu używać przy rękodziele motorów elektrycznych. Łóżko skonstruowane jest specjalnie: głowy jego, spuszczone, służą za stół dla chorego leżącego na brzuchu (jak na rycinie); z boku również przystawić można stoliki we wszelkiej pozycji wygodnej dla chorego. A więc chory ma pod ręką wszelkie urządzenia, rodzaj miniaturowej fabryczki, która jest ośrodkiem jego zajęć i zainteresowań.

Warsztaty dla rekonwalescentów mieszczą się w obszernych salach o doskonałej wentylacji, o szybach ze szkła „vita", przepuszczającego promienie ultrafioletowe; sale przedłużają się w tarasy, gdzie rekonwalescenci pracują, korzystając jednocześnie z kąpieli powietrznej i słonecznej.

Przyzwyczajanie chorego do regularnych zajęć upodrzędnione jest kuracji słonecznej i leczeniu ortopedycznemu. Pierwszy warunek jest nie trudny do spełnienia: wystarcza umożliwienie pracy na słońcu.

Warunek drugi wydawał się zrazu trudniejszy: dawna ortopedia w przypadkach gruźliczych wymagała całkowitego unieruchomienia. — Jednak w Leysin już od roku 1903 wprowadzono nowy system leczenia, polegający

na ogólnych słonecznych kąpielach, co doprowadziło do zerwania z wielkimi aparatami gipsowymi, uniemożliwiającymi dopływ słońca i prowadzącymi do atrofii ścięgien, mięśni i kości. Aparaty te zastąpiono nowymi, pozwalającymi na dostęp powietrza i słońca.

Chory na gruźlicę kręgosłupa może doskonale pracować, leżąc na brzuchu, chory na gruźlicę stawu biodrowego pracuje, leżąc na wznak; oba schorzenia wymagają oczywiście specjalnego sposobu ułożenia. Aparaty ortopedyczne pozwalają nawet na pracę w wypadkach gruźlicy kończyny górnej, pod warunkiem, żeby jedna ręka pozostała swobodna.

Zajęcia chorych ograniczone są do wyrabiania niewielkich przedmiotów, nie wymagających wysiłku fizycznego. Zarobek dzienny pokrywa częściowo koszta kuracji, przy 4—6 godzinach pracy. Chorzy nie osiągają normalnych zarobków fabrycznych; zarabiają 50 ct. (szwajcarskich) na godzinę, wyjątkowo — 75, a więc tyle, co zdrowy robotnik.

Praca jest indywidualizowana i stopniowana, zależnie od wieku, stanu zdrowia, odporności i uzdolnień pacjenta. Praca odbywa się pod dokładną opieką lekarską i pielęgniarską; pozycja chorego, wskazana przez lekarza, musi być stanowczo zachowana.

Specjalny personel techniczny czuwa nad rozdzielaniem zajęć i nadzoruje pracę, odbiera zamówienia, prowadzi stronę handlową. Nie ma żadnego przymusu, każdy chory pracuje lub nie, wedle własnej woli. Może też zarabiać na własną rękę przy pomocy prywatnych narzędzi, byle zajęcia nie psuły mu kuracji.

Kuracja trwa około 18 miesięcy, po ich upływie na miejsce wyszkolonego „robotnika“ przybywa nowy, którego kształcić trzeba zależnie od zdolności i fachu. I tak nauczyciel, czy buchalter z łatwością zajmie się tłumaczeniami, pisaniem na maszynie. Introligator pozostaje przy swoim fachu. Subiekt, o ile wolno mu wstawać, kontroluje dostawy, przyjmuje materiały i t. d. Aptekarze, chemicy z łatwością przystosowują się do wyrabiania zabawek i t. d. Większość robotników jednak rozpada się na trzy zasadnicze gałęzie zajęć:

wyroby metalowe (części składowe telefonów, aparatów elektrycznych, sprężyny stalowe);

wyroby drewniane (zabawki, pudełka i t. d.);

wyroby tkackie i skórzane (pantofle aksamitne i filcowe na podeszwach filcowych lub skórzanych).

Dla ułatwienia organizacji, chorzy pracują grupami. Np.: pięciu chorych pracuje nad cewką indukcyjną do maszyny elektrycznej. Pierwszy, chory na gruźlicę kręgosłupa, otrzymuje z warsztatu rekonwalescentów ramy szpulki. Wygodnie leżąc na brzuchu, dobrze oparty na łokciach, nawija drut przy pomocy swej maszyny. Następny, chory na gruźlicę stawu kola-

nowego, dokonuje izolacji drutu, trzeci (z gruźlicą stopy) umocowuje części metalowe i podaje przedmiot czwartemu (z gruźlicą otrzewnej), który spaja końce drutu. Piąty wreszcie wykańcza szpulkę i musi ją wypróbować.

W tak pojętym Sanatorium Rękodzielniczym pracę traktuje się, jako radosny wysiłek, wiodący ku zdrowiu, ku powrotowi do normalnego życia.

Jedno z ostatnich sprawozdań rocznych wykazuje, że na 41 pacjentów wypisanych jako zdrowych, 34 odzyskało całkowitą zdolność do pracy, a tylko siedmiu — częściową. Nie trafił się wypadek zmęczenia pracą, podwyższenia ciepłoty lub innej komplikacji. Zajęcia nie przedłużają kuracji, raczej ją skracają.

Praca, wykonywana w słonecznej atmosferze, ze wszystkich tych chorych, którzy przybywają zarówno dotknięci fizycznie, jak i moralnie, robi innych ludzi. Z chwilą wyleczenia, nie wracają oni do rodzin, jako życiowe rozbitki, lecz jako osobniki zdrowe, zdolne do życia i zarobkowania.

H. C.

Leczenie wstrząsem insulinowym

Presse Médicale z b. r. zawiera niezmiernie ciekawy artykuł dr. Węgierki o leczeniu dychawicy oskrzelowej wstrząsem insulinowym.

Autor podaje, że stosowanie wstrząsu insulinowego dopuszczalne jest w przypadkach dychawicy typowej, bez powikłań ze strony płuc oraz narządu krążenia. Według dotychczasowych doświadczeń, wstrząs insulinowy przerywa ataki dychawicy oskrzelowej, a przy stosowaniu kilkakrotnym, ataki stają się rzadsze, o mniejszym nasileniu, a nawet znikają zupełnie. Jednakże Autor nie ustala sposobu działania insuliny w wypadkach omawianych, ani też nie przyjmuje pewności wyleczenia całkowitego dychawicy przez stosowanie wstrząsu insulinowego. Wstrząs insulinowy wywoływał Autor, podając w zastrzyku podskórnym około 40 jednostek insuliny w 6 — 7 godzin po jedzeniu. W razie wystąpienia ataku dychawicy niedługo po posiłku, dawkę insuliny zwiększano do 60, 80, a nawet 100 jednostek. Wstrząs insulinowy, występujący po dawkach wymienionych, przerywał atak dychawicy. Z chwilą przechodzenia ataku, wstrząs przerywano przez podanie około 40 gr. cukru w herbacie. Działanie insuliny zaznacza się u chorych w najróżniejszych odstępach czasu: u jednych następuje bardzo szybko, u innych okres ten trwa aż do 3 godzin. Charakterystycznym objawem działania insuliny jest uczucie głodu, mogące być wielkie i niepohamowane; niejednokrotnie występuje drżenie rąk, pocenie się, senność. Zależnie od ciężkości wypadku, stosowano 15 — 20 wstrząsów, powtarzając je mniej więcej co 3 — 5 dni. Autor nadmienia, że obecność lekarza jest konieczna przy stosowaniu pierwszego wstrząsu insulinowego, dalsze zaś stosowanie leczenia odbywać się może przy zawodowo wykształconym personelu pielęgniarskim.

M. St.

KRONIKA

LEKTORATY MEDYCYNY SPOŁECZNEJ

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wystąpił z prośbą do Ministerstwa Opieki Społ. o przedstawienie w Ministerstwie WR. i OP. wniosku o utworzenie na Wydziałach Lekarskich na Uniwersytetach katedr medycyny społecznej. Powołano komisję do opracowania odpowiednich wniosków, a narazie mają być utworzone przy wydziałach lekar-

skich lektoraty medycyny społecznej, które będą pouczać lekarzy i młodzież akademicką nie tylko teoretycznie, ale i praktycznie przez zapoznawanie z higjeną fabryk, warunkami pracy, chorobami zawodowymi itp.

KSIĄŻECZKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Miejska służba zdrowia w Warszawie wprowadziła w b. r. „książeczki szczepień" dla dzieci szkolnych, w których mają być notowane wszystkie dane, odnoszące się do uodporniania dziecka przeciw chorobom zakaźnym. Wskutek rozwoju akcji szczepień powtarzających się, ważna jest ewidencja dokonanych szczepień, reakcja itd. Książeczki wydawane są bezpłatnie w Miejskich Ośrodkach Zdrowia i Opieki Społecznej.

O LECZNICZO - NAUKOWE OŚRODKI W UZDROWISKACH

Wobec wielkiego rozwoju uzdrowisk krajowych, omawiane jest w miarodajnych sferach organizowanie ośrodków leczniczo - naukowych w poszczególnych uzdrowiskach. Obserwacyj naukowych w odpowiednich uzdrowiskach, z uwzględnieniem klimatu, położenia itp. nie mogą zastąpić prace w ośrodkach naukowych balneologicznych przy uniwersytetach. W Krynicy zapoczątkowany już jest ośrodek naukowo - leczniczy, w którym prowadzone są obserwacje działania specjalności krynickich.

NOWE INHALATORJUM W SZCZAWNICY

Z początkiem czerwca b. r. odbyło się uroczyste poświęcenie nowego gmachu inhalatorjum w Szczawnicy. Nowy gmach posiada urządzenia według najnowszych zdobyczy techniki i wymogów higjeny, przytem wygląd estetyczny nowego inhalatorjum sprawia prawdziwą przyjemność kuracjuszom.

SPÓŁDZIELNIA ZDROWIA

We wsi Markowa (pow. przeworski) odbyła się próba założenia spółdzielni zdrowia, celem umożliwienia ludności wiejskiej korzystania z pomocy lekarskiej oraz ogólnego podniesienia zdrowia wsi, a więc urządzeń sanitarnych, profilaktycznych itp. Zgłosiło się kilkudziesięciu członków. Na razie projektowana spółdzielnia spotkała się ze względów formalnych z trudnościami w zarejestrowaniu u władz. Organizacje takie istnieją w Jugosławji.

PRZERAŻAJĄCA STATYSTYKA

Według ostatnich statystyk, w Stanach Zjednoczonych liczba sztucznych poronień w ciągu roku dochodzi do 2 miljonów, a kobiet umiera w związku z poronieniem 30.000. Na skutek tego organy zdrowia publicznego oraz opieki społecznej wszczęły energiczną akcję zwalczania poronień.

BIURO LEKARSKIE W LOURDES

W roku 1934 pracowało w Lekarskim Biurze Sprawdzeń w Lourdes 797 lekarzy. Komisje składają się z lekarzy różnych wyznań, między którymi trafiają się nie wierzący, lub też wrogo usposobieni do religji katolickiej. Mimo to, orzeczenia wydawane są objektywnie, w głębokim zrozumieniu ważności sądu. — W ciągu roku 1934 Lekarskie Biuro Sprawdzeń uznało 14 cudownych uzdrowień.

ŚWIECĄCE LASKI

Wiadomo, że już od dawna niewidomi we Francji mają białe laski, które zwracają na nich uwagę przechodniów i szoferów. Ostatnio wprowadzono w Paryżu nafosforyzowane „laski nocne", świecące zielonawo w ciemnościach. W ten sposób niewidomy może chodzić po mieście daleko bezpieczniej.

ZATRUCIE W ZAWODZIE DRUKARSKIM

W jednej z większych drukarni w Berlinie instytut chorób zawodowych zanotował masowe zatrucia drukarzy, obsługujących maszyny rotacyjne druku wgłębnego. W dziale tym (druku barwnego), jak dowjodły późniejsze badania, używa się farb drukarskich, zawierających mieszaninę benzolu, ksylolu i toulolu, które szybko parują i zanieczyszczają powietrze. Unoszące się w powietrzu pary tych składników powodują zatrucia z objawami działania środków narkotycznych. Przy dłuższych, chronicznie powtarzających się zatruciach występują zmiany we krwi i narządach wewnętrznych. Odpowiednia wentylacja oraz systematyczna kontrola lekarska zapobiec mogą wypadkom takiego zatrucia.

RAK SKÓRY

W Anglji, w Manchesterze, dr. Twort, kierownik pracowni badawczej komitetu walki z rakiem, zauważył u robotników, zajętych przy maszynach w przemyśle bawełnianym znaczną ilość przypadków raka skóry. Po długotrwałych badaniach stwierdził, że maszyny, oliwione specjalnymi smarami wytwarzanymi z łupków mineralnych, przy szybkich obrotach rozpryskują cząstki smarów, którymi przesiąkają ubrania robotników. Oleje te zawierają składniki, drażniące skórę, na skutek czego po pewnym czasie rozwija się rak skóry.

Odkrycie dr. Tworta ma wielkie znaczenie, zarówno naukowe, jak i praktyczne w walce z chorobami zawodowymi. Jest to sprawa nader ważna dla polskiego przemysłu naftowego, gdzie spotyka się wiele wypadków zachorowań na raka skóry, niektóre bowiem gatunki ropy naftowej mają podobne składniki chemiczne, co smary, badane przez dr. Tworta.

Kronika pielęgniarska

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA PCK W POZNANIU

Z dniem 1 kwietnia 1936 r., ze stanowiska dyrektorki Szkoły ustąpiła p. Anna Martinówna. Obowiązki jej przejęła w zastępstwie p. Maria Stenclówna, przełożona sióstr VII Szpitala Okręgowego w Poznaniu. 1 września 1936 r., stanowisko dyrektorki Szkoły PCK w Poznaniu objęła p. Maria Jędrzejewska, absolwentka tejże Szkoły, która przez ostatnich parę lat pracowała, jako wice-dyrektorka w Uniwers. Szk. Piel. w Krakowie.

KURS PIELĘGNIARSTWA DLA STUDENTÓW UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO

Na wiosnę roku bież. został zorganizowany — z inicjatywy Klubu Społecznego Medyków U. P. — cykl wykładów zasad pielęgnowania chorych w warunkach domowych i szpitalnych. Kurs zorganizowano w porozumieniu z docentem U. P. płk. dr. Kucharskim w VII Szpitalu Okręgowym. Wykłady (36 godzin) prowadziła przełożona sióstr w VII Szpitalu Okręg., p. Maria Stenclówna. Po przesłuchaniu wykładów, każdy z uczestników kursu przechodził tygodniową praktykę na oddziale szpitalnym pod kierunkiem siostry salowej. Na zakończenie kursu odbył się dnia 12 czerwca b. r. egzamin z zasad pielęgniarstwa, przeprowadzony przez p. Stenclównę w obecności dziekana Wydziału Lekarskiego U. P., prof. Jonschera, prof. Horoszkiewicza i docenta Kucharskiego. Po egzaminie nastąpiło rozdanie świadectw uczestnikom kursu. W kursie brało udział 33 słuchaczy II roku.

Fakt zorganizowania kursu jest najlepszym dowodem, że przyszli lekarze rozumieją i właściwie oceniają znaczenie racjonalnego i umiejętnego pielęgnowania chorych, jako czynnika, współdziałającego w walce o zdrowie ich przyszłych pacjentów.

Podobne kursa powinny być organizowane corocznie we wszystkich ośrodkach uniwersyteckich.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.

MIĘDZYNARODOWE KONGRESY

odbyte w r. 1936 (do października).

Międzynarodowy Kongres Pediatryczny; Rzym, w kwietniu

VI Międzynarody Kongres Fizjoterapii; Londyn, w maju

II Międzynarodowy Kongres Bibliotekarzy szpitalnych; Paryż, w maju

VII Międzynarodowy Kongres Położnictwa; Berlin, w czerwcu

III Międzynarodowy Kongres Pracy Społecznej; Londyn, w lipcu

III Międzynarodowy Kongres szkół na otwartym powietrzu; Hanower, w lipcu

Kongres Międzynarodowego Związku Opieki nad Dzieckiem; Frankfurt, w lipcu

Miądzynarodowy Kongres Higieny Psychicznej, Paryż, w sierpniu

II Międzynarodowy Kongres Mikrobiologii; Londyn, w lipcu—sierpniu

Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa; Praga, w sierpniu—wrześniu

Kongres Międzynarod. Towarzystwa Zwalczania Raka; Bruksela, we wrześniu

III Międzynarodowy Kongres Aktinoterapii; Wiesbaden, we wrześniu

VI Międzynarodowy Kongres Urologów; Wiedeń, we wrześniu

I Międzynarodowy Kongres Sanatoryjny; Budapeszt, we wrześniu